

Starfsnám unglækna í heilsugæslu – gæði og skipulag

Ágrip

Alma Eir
Svavarsdóttir¹

SÉRFRÆÐINGUR Í HEIM-
ILJSLÆKNINGUM

Ólafur H. Oddsson²

SÉRFRÆÐINGUR Í HEIMILIS-
OG EMBÆTTISLÆKNINGUM

Jóhann Ág.
Sigurðsson³

SÉRFRÆÐINGUR
Í HEIMILISLÆKNINGUM

Markmið: Árið 2000 tók gildi ný reglugerð þar sem kveðið var á um þriggja mánaða dvöl á heilsugæslustöð sem hluta af starfsnámi unglækna á kandidátsári. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf unglækna til starfsnáms á heilsugæslustöð, einkum hvað varðar skipulag námsins, handleiðslu og kennslugetu stöðvanna.

Aðferðir: Árið 2002 var sendur út spurningalisti til allra lækna (alls 65) sem höfðu verið í starfsnámi á heilsugæslustöð á árunum 2000-2001. Ekki náðist í fimm lækna og svör bárust frá 38 af þeim 60 (63%) sem til náðist (58% af markhópnum).

Niðurstöður: Unglæknar fengu starfsþjálfun í almennum heilsugæslustöfum auk formlegrar kennslu. Aðgengi eða aðstoð frá leiðbeinandi lækni fékkst í nær öllum tilvikum innan 10 mínútna. Vaktir unglækna um kvöld og helgar voru að jafnaði studdar með bakvakt reynds lækni í 92% tilvika.

Ályktanir: Niðurstöður benda til þess að skipulag námsins sé gott, verkefni fjölbreytt, handleiðsla og starfsaðstaða viðunandi og almenn ánægja með námið. Niðurstöður gefa nokkrar vísbendingar um það sem betur má fara. Frekari rannsókn er þörf á því hvort unglæknar nái settum markmiðum varðandi kunnáttu, viðhorf og færni á viðfangsefnum innan heilsugæslunnar.

Inngangur

Starfsþjálfun unglækna á kandidátsári að loknu háskólaprófi er mikilvægt skref í þá veru að þroska sjálfstæða hugsun, færni og viðhorf unglækna áður en þeir fá fullgilt lækningaleyfi. Eftir að sjúkrahúsum óx ásmegin í byrjun tuttugustu aldar færðist starfsþjálfun unglækna fljótt inn fyrir veggja þeirra stofnana. Dvöl í héraði hefur einnig verið snar þáttur af þessari þjálfun og margir eldri kollegar fá rómantískan glampa í augun þegar þeir minnst veru sinnar í „héraði“. Í eldri bókmenntum um mannlíf í héraði og störf héraðslækna er ljóst að þetta hefur verið viðburðaríkur tími (1-4).

Snemma voru gerðar fræðilegar athuganir á læknaísstörfum í héruðum landsins (5-7). Með Egilsstaðarannsókninni lögðu Guðmundur Sigurðsson og félagar grunninn að vísindalegri nálgun á viðfangsefnum heilsugæslunnar með því að hanna og koma á fót samfelldri kerfisbundinni skráningu á öllum samskiptum íbúa við heilsugæsluna (8). Þetta brautryðj-

ENGLISH SUMMARY

Svavarsdóttir AE, Oddsson ÓH, Sigurðsson JÁ

Primary care training during internship – quality and organization

Læknablaðið 2004; 90: 305-9

Aims: In 2000 a new regulation regarding medical licensure came into effect requiring a three-month rotation at a primary health care centre during internship. The aim of this study was to explore the interns' attitude towards this experience, and particularly to find out how well the training was organized, the supervision they received, and the quality of teaching at the health care centres.

Methods: In 2002 a survey was mailed to all interns (a total of 65) who had completed training at primary health care centres during 2000 and 2001. Five interns were unreachable and we obtained 38 replies (63% of those reachable, and 58% of target population).

Results: The interns received clinical training in providing comprehensive services as well as formal teaching. If an intern needed assistance with patient care he/she was almost always able to obtain help within 10 minutes. In 92% of cases, experienced doctors were available for the interns to consult with during off-duty emergencies.

Conclusions: Our results indicate that the current method of teaching interns in the primary health care setting is of good quality, the variety of work experience is positive, and the work environment is satisfactory. Overall the interns expressed satisfaction with their training. A few areas were identified as needing improvement. Further research is needed to assess whether the interns achieve their aims with regard to knowledge, attitude and skills in family practice.

Key words: *internship, postgraduate training, family practice, primary care.*

Correspondence: Alma Eir Svavarsdóttir, alma.e.svavarsdottir@efsta.hr.is

¹Heilsugæslustöðin Efstaleiti Reykjavík, ²Héraðslæknirinn á Norðurlandi, ³Heimilislæknisfræði Háskóla Íslands, Sólvangi, Hafnarfirði.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Alma Eir Svavarsdóttir, Heilsugæslunni, Efstaleiti 3, 103 Reykjavík. Sími: 585 1800, fax: 585 1801. alma.e.svavarsdottir@efsta.hr.is

Lykilorð: *kandidátsár, unglæknar, starfsþjálfun, heimilislækningar, heilsugæsla.*

endastarf nýttist síðar til frekari rannsókna á þessu sviði (9-11). Allar þessar rannsóknir staðfesta mjög umfangsmikla lækniþjónustu í heilsugæslunni. Einnig kemur glöggt fram í þessum rannsóknum að heilsugæslan getur sinnt um 95% allra vandamála fólks utan sjúkrahúsa og að megnið af þessum vandamálum er þess eðlis að þau sjást sjaldnast innan veggja sjúkrahúsa (6, 8, 9, 11).

Saga starfsþjálfunar að loknu kandidátsprófi, einkum í héraði, er lærdómsrík fyrir margra hluta sakir.

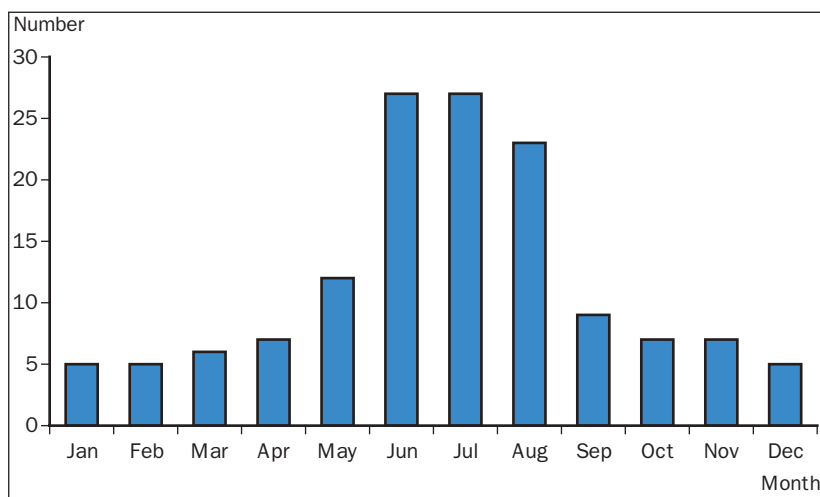


Fig. 1. Number of interns training at primary health care centres by month of the year.

Table I. Interns' assessment of organized teaching and access to more experienced colleagues at a primary health care centre.

Variables	n*	% (95% CI**)
Introductory > 1/2 day adjustment to site	25/37	67.6 (50.2-82.0)
Formal supervision of teaching		
Chief of medical education	23/36	63.9 (46.2-79.2)
Arranged by the chief of medicine	10/22	45.5 (24.4-67.8)
Participation in clinic management at the centre, > 1 hr/week	17/26	65.4 (44.3-82.8)
Formal lectures > 1 hr/week	26/28	92.9 (76.5-99.1)
Formal teaching/mentoring	32/36	88.9 (73.9-96.9)
Case meetings > 1 hr/week	14/25	56.0 (34.9-75.6)
Personal mentoring > 1/2 hr/week	21/27	77.8 (57.7-91.4)
Possibility of assistance from more experienced colleagues		
Always within 10 minutes	25/38	65.8 (48.7-80.4)
Most often within 10 minutes	38/38	100 (90.7-100.0)
Experienced doctor on back-up call		
Always	27/37	73.0 (55.9-86.2)
Most of the time	7/37	18.9 (7.9-35.2)
Never	3/37	8.1 (1.7-21.9)

* n = number; ** CI = Confidence Interval.

Við stofnun Háskóla Íslands árið 1911 gaf Friðrik áttundi (af guðs náð Danmerkur konungur, Vinda og Gauta, hertogi í Slésvík, Holtsetalandi, Stórmæri, Þéttmerski, Láenborg og Aldinborg) út lög um lækningaleyfi þeim til handa sem staðist höfðu próf úr Læknaskólanum í Reykjavík, eða Háskóla Íslands (12). Það er fyrst árið 1932 sem kveðið er á um í lögum að þeir einir „eiga rétt á ótáknmörkuðu lækningaleyfi og heita lækna, er lokið hafa prófi við Háskóla Íslands og framhaldsnámi í sjúkrahúsi í fæðingarhjálp og öðru, eftir reglum, sem læknadeild háskólans setur og ráðherra staðfestir“ (13). Ennfremur er tekið fram í lögum þessum að ekki sé hægt að mæla með lækningaleyfi til þeirra sem eru „heilsulausir, ... kunnir af drykkjuskaparóreglu eða eiturfylfanotkun eða hafa kynnt sig að alvarlegu hirðuleysi og ódugnaði í störfum sínum“. Hér er skýrt tekið fram að læknaþurfi að stunda framhaldsnám á sjúkrahúsum, læknadeild er falið að setja reglur um fyrirkomulag námis

og gæðakröfur gerðar til lækna í hegðun og starfi. Á stríðsárunum fer að bera á læknaskorti í dreifbýli, einkum í fámennum héruðum landsins. Árið 1942 leggur ríkisstjórn Hermanns Jónssonar fram tvö frumvörp til breytinga á læknalögum til að taka á þessum vanda dreifbýlisins. Annað þeirra var tillaga um að koma á fót fjórum stöðum aðstoðarlækna hér- aðslækna og hitt að gera það að skilyrði fyrir ótáknmörkuðu lækningaleyfi að umsækjendur hafi gegnt læknishéraði eða aðstoðarlæknisstörfum hjá héraðslækni allt að sex mánuði að loknu námi. Þessi frumvörp voru rædd samhliða á þinginu. Við lestur þingskjala kemur glögg fram að tilgangur frumvarpanna var að manna fámenn læknishéruð í dreifbýli, en þau voru mun verr launuð en þau stærri. Umræðan og ágreiningur á þinginu snerust því einkum um laun lækna og ákvæði um skyldustörf. Orðin „skylda“, „kvaðir“ og „kúgun“ kom oft fyrir í umræðunni. Annað frumvarpið var meðal annars nefnt „þegnskyldu- frumvarp“ (14). Bæði frumvörpin voru samþykkt þetta ár (15, 16). Næstu áratugi nýttu ráðherrar sér heimildina um dvöl læknis í héraði.

Enda þótt dvöl í héraði á kandidatsári hafi verið lærdómsrík og þroskandi er ljóst af framanskraðu að yfirvöld voru fyrst og fremst að hugsa um mönnun héraða, en ekki starfsnám (17, 18). Víðast erlendis hefur dvöl í héraði frá upphafi verið sem hluti af starfsþjálfun og því var íslenska aðferðin ef til vill einsdæmi. Umræðan um dvöl á heilsugæslustöð sem hluta af starfsþjálfun á kandidatsári átti því erfitt uppdráttar vegna fyrri sögu. Þær umfangsmiklu og vönduðu rannsókir sem getið er hér að framan um umfang og innihald læknisstarfa utan sjúkrahúsa voru þess lítt megnugar að breyta þessum viðhorfum.

Árið 1985 voru skyldustörf í héraði afnumin með auglýsingu ráðuneytisins, en þriggja mánaða veltími á heilsugæslustöð heimilaður sem hluti af 12 mánaða kandidatsári (19). Það má því segja að árið 1986 hafi markað tímamót af hálfu heilbrigðisyrivalda þar eð dvöl í héraði var þá í fyrsta sinn skilgreind sem starfsþjálfun til jafns við þjálfun á sjúkrahúsum.

Samkvæmt reglugerðum hefur skipulag kandidatsárins formlega séð eingöngu beinst að því að viðkomandi unglæknir uppfyllti ákveðinn tíma á spítala- deildum eða stofnunum. Síðastliðin ár hefur læknadeild Háskóla Íslands lagt metnað í að gæði starfsnáms á kandidatsári og í sérnámi séu sambærileg því sem gengur og gerist erlendis (20, 21). Framhalds- menntunarráð samdi marklýsingar þar sem áhersla var lögð á að um nám væri að ræða með leiðsögn reyndra lækna og að tryggja bæri með einhverjum hætti að unglæknar öfluðu sér viðeigandi kunnáttu og færni í að fást við ákveðið lágmark viðfangsefna. Þessar marklýsingar voru birtar sem fylgiskjöl við reglugerð um lækningaleyfi og sérfræðileyfi árið 1997, að undanskildri marklýsingu fyrir kandidatsnám í heilsugæslu. Árið 1999 var ákveðið að þriggja

mánaða tími á heilsugæslustöð væri hluti af starfsþjálfun fyrir lækningaleyfi hér á landi (20). Þessari ákvörðun fylgdu marklýsingar og kröfur læknaeildar um innihald námsins. Aðdraganda og hlutdeild læknaeildar að því máli hefur verið lýst nánar annars staðar (21).

Starfsnám í heilsugæslu samkvæmt fyrrnefndum marklýsingum og nýjum reglum hófst með formlegum hætti árið 2000. Tilgangur þessarar rannsóknar var að athuga viðhorf unglækna til starfsnáms á heilsugæslustöð fyrstu tvö árin eftir að fyrrnefnd reglugerð tók gildi. Rannsóknin beindist einkum að skipulagi námsins, handleiðslu og kennslugetu stöðvanna almennt, starfsaðstöðu og vali nemenda á stöð eða kennslustofnun.

Efniviður og aðferðir

Vorið 2002 var fenginn nafnalisti frá Læknafélagi Íslands yfir alla lækna sem útskrifuðust úr læknaeild Háskóla Íslands árin 2000 og 2001, en þeir reyndust vera 65. Sendur var út spurningalisti með 20 spurningum um kandiatsárið til þessara aðila. Þrjár spurninganna voru „opnar“ varðandi það hvað unglæknar teldu að væri vel gert á stöðinni, hvað betur mætti fara og hvað réði vali þeirra á heilsugæslustöð. Listinn var nafnlaus en óskað var grunnupplýsinga um aldur og kyn. Póstkort til áminningar og hvatningar um að svara listum var sendur út fjórum vikum síðar og nýr spurningalisti með öðru póstkorti var sendur átta vikum seinna. Fimm listar voru endursendir þar eð ekki náðist í viðkomandi (fluttur erlendis). Svar barst frá 38 af þeim 60 (63%) sem náðist í (17 körlum og 21 konu) sem svarar til 58% af upprunalegum markhóp.

Við mat á tölfræðilegum mun af hlutfallstölum var beitt kí-kvaðrat og Fisher's exact prófum. Öryggismörk á hlutfalli í einum hóp voru reiknuð með reikni-forritinu CIA (22).

Niðurstöður

Þeir 38 unglæknar sem svöruðu höfðu verið á 15 heilsugæslustöðvum, flestir yfir sumarmánuðina (mynd 1).

Starfsnámið skiptist í formlega kennslu og hefðbundin læknisstörf í heilsugæslu (tafla I). Allir unglæknarnir töldu sig oftast geta fengið leiðsögn eða aðstoð reyndari kollega innan 10 mínútna. Í 92% tilfella var reyndur læknir á bakvakt fyrir kandiátinn. Í 64% tilvika hafði stofnunin sett formlegan kennslustjóra.

Í flestum tilfellum veittu heilsugæslustöðvarnar alhliða þjónustu. Unglæknar tóku að jafnaði þátt í vaktþjónustu á daginn en 29% sinntu aldrei kvöld- og næturþjónustu. Um 30% fengu reynslu af sjúkrahúsþjónustu og öldrunarheimilum samhliða heilsugæslu, en mjög fáir fengu reynslu af heimahjúkrun og skólaheilsugæslu (tafla II).

Table II. Interns' assessment of task variety during training at a primary health care centre.

Variables	n/N	% (95% CI*)
Comprehensive patient care (much or average)	37/38	97.4 (86.2-99.9)
Continuous patient care (much or average)	34/38	89.5 (75.2-97.1)
Participation in urgent care clinic > 4/month		
During usual work hours	30/35	97.5 (69.7-95.2)
During out-of-hours	21/36	58.3 (40.8-75.5)
Well child care > 1 hr/week	26/35	74.3 (56.7-87.5)
Prenatal care > 1 hr/week	17/36	47.2 (30.4-64.5)
School health care > hr/week	1/37	2.7 (0.0-14.0)
Visiting nurses – rounds > 1 hr/week	1/38	2.6 (0.0-13.8)
Elderly assisted centre rounds > 1 hr/week	10/36	27.8 (14.2-45.2)
Nursing home rounds > 1 hr/week	8/36	22.2 (10.1-39.2)
Hospital rounds > 1 hr/week	12/37	32.4 (18.0-49.8)

* CI = Confidence Interval.

Table III. Working conditions at a primary health care centre.

Variables	n/N	% (95% CI*)
Individual work place (office, telephone, computer)	34/38	89.5 (75.2-97.1)
Medical instruments	32/38	84.2 (68.7-94.0)
Access to		
The internet	38/38	100 (90.7-100.0)
Medical journals	21/36	58.3 (40.8-74.5)
Textbooks	23/35	65.7 (47.8-80.9)
Clinical guidelines	27/35	77.1 (59.9-89.6)

* CI = Confidence Interval.

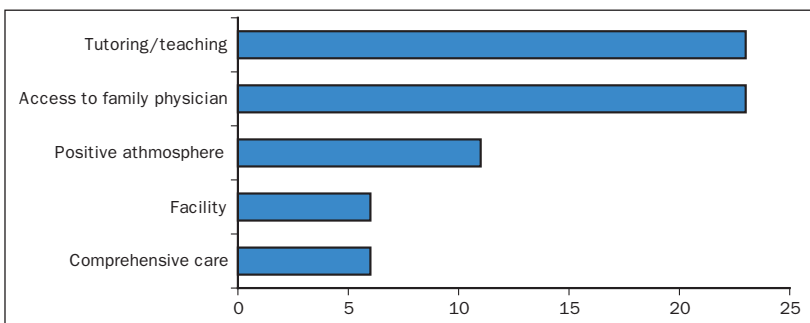


Fig. 2. Interns' comments on what was well done during training.

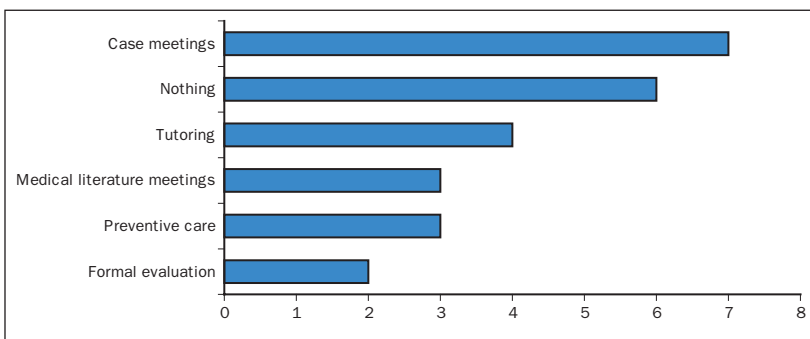


Fig. 3. Interns' comments on what could have been done better during training.

Starfsaðstaða unglækna var góð (89%), þar af var til dæmis aðgangur að netinu 100% (tafla III).

Myndir 2 og 3 sýna helstu atriði sem unglæknar tina til um það hvað þau mátu að væri vel gert og hvað mætti betur fara í starfsþjálfuninni. Eins og sjá

má er handleiðsla, aðgengi að aðstoð og vingjarnlegt viðmót starfsfólks metið mikils. Þessi rök eða samþæring komu einnig fram þegar spurt var um rökstudd meðmæli með heilsugæslustöðinni. Þeir unglækna sem telja að eitthvað mætti betur fara leggja einkum áherslu á formlega kennslu og leiðsögn.

Algengustu ástæður fyrir vali unglæknis á stöð voru staðsetning ($n=23$), kennsla ($n=12$) og orðspor stöðvarinnar ($n=11$). Laun voru í 79% tilvika þáttur í ákvörðun um val á heilsugæslustöð í dreifbýli borið saman við 12% hjá þeim sem völdu stöð í þéttbýli ($p<0,001$; RR 28,1 95% öryggismörk 5,4-145).

Umraða

Rannsókn þessi er sú fyrsta sinnar tegundar um starfsþjálfun unglækna hér á landi. Niðurstöður benda til þess að starfsþjálfun í heilsugæslu hafi farið vel af stað, enda þótt tíminn hafi verið stuttur frá því að reglugerð um þessa mál var samþykkt á Alþingi og þar til hún komst í framkvæmd. Má þar helst þakka metnaði og áhuga læknadeildar og forsvarsmanna heilsugæslunnar á þessum málaflokki. Það ber þó að hafa í huga að vanheimtur takmarka túlkun niðurstaðna fyrir allan hópinn.

Rannsókn okkar sýnir að unglækna lögðu mikla áherslu á skipulagt nám og handleiðslu og að það tókst að miklu leyti að uppfylla slíkar gæðakröfur, sem eru sambærilegar og í erlendum rannsóknum (23-27). Fram kom í rannsókn okkar að á þessum fyrstu árum starfsnámsins var mikil samþjöppun yfir sumarmánuðina en þá er kennsla oft í lágmarki vegna sumarleyfa. Slíkt skipulag getur augljóslega ógnað handleiðslu til lengdar. Niðurstöðurnar eru því bein vísbending um að skoða þann þátt nánar með það í huga að dreifa náms-tímanum meira á allt árið.

Að jafnaði þarfnast ný lög og reglugerðir nokkurs aðlögunartíma áður en til framkvæmda kemur. Það á einnig við um reglugerðarbreytingar á starfsnámi í heilsugæslu. Þessar breytingar kröfðust endurmat á fjárlagaramma, innra skipulagi, stöðuheimildum fyrir námslækna, kennslukröftum og annarri stjórnsýslu sem snýr að undirbúningi fyrir slíkt nám. Þessir þættir eru enn í mótun.

Hafa ber í huga að þessi rannsókn náði eingöngu til ytri ramma starfsnámsins. Eftir er að kanna kunnáttu, færni og viðhorf unglækna til einstakra faglegra viðfangsefna að þjálfun lokinni. Umfangsmiklar rannsóknir hafa verið gerðar í Noregi á færni unglækna við útskrift úr háskóla, fyrir og eftir starfsþjálfun á sjúkrahúsi og í heilsugæslu (25-27). Þar var spurt um tæp 70 atriði á flestum sviðum læknisfræðinnar, svo sem í bráðalækningum, deyfingum, sárameðferð, lykkjuúsetningu, nauðungarinnlögnum, vottorðaskrifum og fleira. Unglækna mátu færni sína á þann veg að hún jókst á flestum sviðum eftir spítalavöl. Færni jókst marktækt enn frekar eftir dvöl í heilsugæslu-

unni (27). Athygli vakti að persónuleg handleiðsla var mun betri í heilsugæslunni (88%) miðað við sjúkrahúsdvöl (73% á lyflækningadeildum og 65% á handlækningadeildum). Hins vegar var enginn munur á mati unglækna á eigin færni eftir því hvort þeir höfðu fengið handleiðslu eða ekki. Þegar þessar niðurstöður eru bornar saman við okkar kemur í ljós að við stöndum vel hvað varðar persónulega handleiðslu og aðgengi unglækna að heimilislæknum.

Rannsóknin ber einnig með sér að tækninýjungar eru að jafnaði fljótar að ná fótfestu í íslensku samfélagi. Þegar spurningalistinn var saminn var ekki sjálfgefið að starfsfólk innan heilsugæslunnar hefði greiddan aðgang að netinu til dæmis við öflun fræðigreina. Nú er þessi þáttur orðinn sjálfsagður og vart þörf á að spyrja slíkra spurninga.

Niðurstöður okkar benda til þess að skipulag starfsnáms í heilsugæslu sé gott, verkefni fjölbreytt, handleiðsla og starfsaðstaða viðunandi og almenn ánægja með námið. Niðurstöður gefa einnig vísbendingar um atriði sem hægt er að bæta enn frekar, svo sem kennslu og þátttöku unglækna í heilsuvernd og kvöld- og næturþjónustu á höfuðborgarsvæðinu.

Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna. Við viljum þakka Ástu Guðjónsdóttur ritara fyrir undirbúning og meðferð gagna.

Heimildir

1. Kafka F. The country doctor. Í bók: Doctors and Patients. An Anthology. Ritsstj. Cecil Helman. Radcliffe Medical Press Ltd. UK, 2003: 27-32.
2. Jónsson V. Lækningar og saga. Bókaútgáfa Menningarsjóðs, Reykjavík 1969.
3. Mathiesen M.A. Bjarni Snæbjörnsson, læknir – svipmyndir úr lífi og starfi. Hamar 1970; 24: 15-18.
4. Sigurðsson P, Bjarnason Ó, Sigurðsson G. Minningarbröt Þorsteins Sigurðssonar læknis á Egilsstöðum. (Örn Bjarnason bjó til prentunar). Læknablaðið 1996; 82(fylgirit 32): 1-25.
5. Valdimarsson HP, Stefánsson JG, Agnarssdóttir G. Læknisstörf í héraði. Læknablaðið 1969; 55: 15-35.
6. Magnússon G, Sveinsson Ó. Könnun á heilbrigðisþjónustu í Skagafirði. Læknablaðið 1976; 62: 167-79.
7. Sigvaldason H, Einarsson I, Björnsson O, Ólafsson Ó, Sigfússon S, Klemensdóttir P. Könnun á læknisþjónustu á landsbyggðinni 16.-22. september 1974. Fylgirit við heilbrigðisskýrslur 1974. Skrifstofa Landlæknis. Reykjavík 1978.
8. Sigurðsson G, Magnússon G, Sigvaldason H, Tulinius H, Einarsson I, Ólafsson Ó. Egilsstaða-Projektet. Problemorienterad journal och individbaserat informationssystem för primärvård. NOMESKO Nordisk Medicinal-Statistisk Kommitté, 1980: 1-197.
9. Pétursson P. Heilsugæsla í Bolungarvík. Afrakstur samskiptaskráningar 1983-1986. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1988 nr. 5. Landlæknisembættið.
10. Bjarnason S, Friðriksson I, Broddadóttir G, Ólafsdóttir BG, Halldórsdóttir K. Heilsugæslustöðin Borgarnesi. Yfirlit yfir starfseminu 1986-1988. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1989 nr. 3. Landlæknisembættið.
11. Njálsson P. On content of practice. The advantage of computerized information systems in family medicine. Scand J Prim Health Care 1995(suppl 1): 13: 1-102.
12. Lög um lækningaleyfi nr. 38, 11. júlí árið 1911.
13. Lög um lækningaleyfi, um réttindi og skyldur lækna og annarra, er lækningaleyfi hafa, og um skottulækningar. Nr. 47, 23. júní árið 1932.
14. Alþingistíðindi 1942, bls. 420-42 og 563-602.

15. Lög um breytingar á lögum nr. 47 23. júní 1932, um lækningaleyfi, um réttindi og skyldur lækna og annarra, er lækningaleyfi hafa, og um skottulækningar. Nr. 51, 30. maí 1942.
16. Lög um breytingar á lögum nr. 44 23. júní 1932, um skipun læknishéraða, verksvið landlæknis og störf héraðslækna. Nr. 52, 30. júní 1942.
17. Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa. Nr. 136, 3. okt. 1961.
18. Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa. Nr. 39 árið 1970.
19. Reglugerð um almennt lækningaleyfi og sérfræðileyfi nr. 311/1986.
20. Reglugerð nr. 305/1997 um veitingu lækningaleyfa og sérfræðileyfa með áorðnum breytingum skv. reglugerð nr. 340/1999.
21. Sigurðsson JA. Læknadeild um aldamót. Staða, starfsemi og framtíðarverkefni í læknisfræði læknadeildar Háskóla Íslands á árunum 1998-2000. Háskólaútgáfan 2001: 1-70.
22. Gardner MJ, Altman D. Statistics with Confidence. Confidence Interval Analysis (CIA). BMJ 1989; London.
23. Akre V, Vikanes Å, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2546-51.
24. Aarseth O, Falck G, Brattebo G. Får medisinske turnuskandidater den veiledningen de har krav på? Tidsskr Nor Laegeforen 1995; 115: 2087-90.
25. Lundeby T, Tronnes H, Falck G. Selfreported skills in practical procedures among young physicians. Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 2849-53.
26. Gaarder K, Eide NA, Falck G. Turnuslegens ferdigheter i praktiske procedyrer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1512-7.
27. Falk G, Brattebø G, Brinchmann-Hansen Å, Ebbing M. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske procedyrer etter turnustjeneste i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2265-7.